

Escalas de Funcionamiento y Problemas/"Ohio Youth"
Clasificación de los Jóvenes

Cuestionario
Corto

Draft

Please fax completed instrument to: (916) 654-3291

Sección I

Instrucciones:

Las siguientes preguntas son algunas de las formas que sus problemas pueden afectar su habilidad de completar actividades diarias. Por favor marque el círculo que corresponde a la respuesta de cada pregunta.

Muy Bien
Bien
Algunos Problemas
Bastantes Problemas
Problemas Extremos

1. Se lleva bien con sus amigos	<input type="radio"/>				
2. Se lleva bien con su familia	<input type="radio"/>				
3. Tiene usted novio o novia	<input type="radio"/>				
4. Se lleva bien con adultos que no son parientes (maestros, director de la escuela)	<input type="radio"/>				
5. Mantiene su apariencia personal, luces bien	<input type="radio"/>				
6. Se preocupa y mantiene buenos hábitos de salud	<input type="radio"/>				
7. Controla sus emociones y no se metes en problemas	<input type="radio"/>				
8. Está motivado y termina sus proyectos	<input type="radio"/>				
9. Tiene pasatiempos (cartas de béisbol, monedas, estampillas, arte)	<input type="radio"/>				
10. Participa en actividades recreativas (deportes, natación, ciclismo)	<input type="radio"/>				
11. Completa sus tareas domésticas en casa (limpias tu cuarto, otras obligaciones)	<input type="radio"/>				
12. Asiste a la escuela y obtiene calificaciones para pasar las materias	<input type="radio"/>				
13. Aprende habilidades que le serán útiles en empleos futuros	<input type="radio"/>				
14. Se siente bien consigo mismo	<input type="radio"/>				
15. Piensa claramente y toma buenas decisiones	<input type="radio"/>				
16. Se concentra, presta atención y completa sus tareas	<input type="radio"/>				
17. Gana dinero y aprende a usarlo con buen juicio	<input type="radio"/>				
18. Hace cosas sin supervisión o restricciones	<input type="radio"/>				
19. Acepta responsabilidad por sus acciones	<input type="radio"/>				
20. Habilidad de expresar sus sentimientos	<input type="radio"/>				

Child's Name _____

Sección II

Instrucciones:

Por favor clasifica en que grado ha tenido los siguientes problemas en los últimos 90 días.

No
Una o Dos Vezes
Varias Vezes
Con Frecuencia
La Mayoría del Tiempo
Todo el Tiempo

21. Ha discutido con otras personas	<input type="radio"/>					
22. Ha peleado	<input type="radio"/>					
23. Ha gritado o insultado a otras personas	<input type="radio"/>					
24. Ha tenido ataques de rabia	<input type="radio"/>					
25. Rehusa hacer los que los padres o maestros le exigen	<input type="radio"/>					
26. Causa problemas sin motivos	<input type="radio"/>					
27. Ha consumido drogas o alcohol	<input type="radio"/>					
28. Ha violado las reglas o las leyes (has llegado tarde a la casa, has robado)	<input type="radio"/>					
29. Ha faltado a la escuela o a clases	<input type="radio"/>					
30. Ha mentado	<input type="radio"/>					
31. Parece no estar quieto, tienes mucha energía	<input type="radio"/>					
32. Se ha hecho daño (cortadas, rasguños, has tomado medicamentos)	<input type="radio"/>					
33. Ha hablado o pensado acerca de la muerte	<input type="radio"/>					
34. Se siente inútil o que no vales nada	<input type="radio"/>					
35. Se siente solo y sin amigos	<input type="radio"/>					
36. Siente ansias o temeroso	<input type="radio"/>					
37. Se preocupa de que algo malo va a pasar	<input type="radio"/>					
38. Se siente triste o deprimido	<input type="radio"/>					
39. Ha tenido pesadillas	<input type="radio"/>					
40. Ha tenido problemas con tu apetito	<input type="radio"/>					

County Client # _____

Date _____

Adopted from the Ohio Youth Problem, Functioning, and Satisfaction Scales
Copyright © Benjamin M. Ogles & Southern Consortium for Children

For County Office Use Only
○ R ○ U ○ L ○ I

Draft

